

問 診 票

記入日： 令和 年 月 日

ふりがな		男	生年月日
氏 名		女	大・昭・平 年 月 日 (歳)
住 所	〒 -		
自宅電話		※今後、病院名で電話を差し上げても構いませんか？	
携帯番号		はい/いいえ⇒希望方法：	
◎ この用紙にお答えして頂くのはどなたですか？			
1・患者様本人 2・同伴者様 氏名() 続柄() 連絡先()			
◎ 当院を選んだ理由は何ですか？			
1. 家族の紹介 2. 市役所の紹介 3. 当院のホームページ 4. インターネット (紹介サイト、口コミ)			
5. 保健所の紹介 6. その他 ()			

- ☆ 個人情報として慎重に扱いますので、できる範囲でお答えください。
- ☆ クリニック内で、お名前を呼ばれたくない方は、受付にお伝えください。

1. 本日はどのようなことがお困りで受診されましたか？

--

2. それはいつ頃ですか？

--

3. 今までに心療内科や精神科にかかったことはありますか？ ⇒ (ない ・ ある)

年 月 ~ 年 月ごろ 病名：	病院名：
-----------------	------

4. 今までにかかった主な病気やケガについて教えてください。

病 名	いつから	病 院 名	現 在
(例) 糖尿病	H25年~	○×病院	<u>通院中</u> ・ なおった
			通院中 ・ なおった
			通院中 ・ なおった
			通院中 ・ なおった
			通院中 ・ なおった

☐ 高血圧	☐ 糖尿病	☐ 骨粗鬆症	☐ 食物・薬物アレルギー	☐ 手術の経験
☐ 肺疾患	☐ 心疾患	☐ 肝疾患	☐ 腎疾患	☐ 甲状腺疾患
☐ その他 ()				
☐ アルコール	(1日平均 _____ ml × _____ 年) ⇒ 何を飲んでいますか？ ()			
☐ タバコ	(1日平均 _____ 本 × _____ 年) ⇒ 現在 (吸っている ・ やめた)			

問 診 票

6. 女性の方で妊娠中・妊娠している可能性がある。 ⇒ (はい ・ いいえ)

7. 利用されている福祉制度に○をつけて下さい。

障害者年金

介護保険

障害者自立支援

障害者手帳

8. 会計時、明細書を無料発行することが出来ますが、希望されますか？ ⇒ (はい ・ いいえ)

9. 生活歴・家族構成につきましてご記入ください。

出生地 () 最終出身学校 () 在学 卒業 中退)

◎現在とこれまでの職業

※退職されている方はかつての職業を教えてください

現在の職業 () 仕事内容： () 在職期間 (~)

これまでの職業 () 仕事内容： () " (~)

" () 仕事内容： () " (~)

" () 仕事内容： () " (~)

◎ ご家族について教えてください。

配偶者 いる ⇒ 妻／夫の氏名： (歳) (初婚・再婚)

配偶者 いない ⇒ (未婚・離別・死別)

お子様 1、【男・女】氏名： (歳) 3、【男・女】氏名： (歳)

2、【男・女】氏名： (歳) 4、【男・女】氏名： (歳)

両親 1、父 ⇒ いる ・ いない 2、母 ⇒ いる ・ いない

兄弟姉妹 1、【男・女】氏名： (歳) 3、【男・女】氏名： (歳)

2、【男・女】氏名： (歳) 4、【男・女】氏名： (歳)

◎同居されている方は？

同居されている方をご記入下さい (例：父、母、妻、夫、娘、息子など)

いない ・ いる ⇒ ()

◎1番積極的にかかわっている方はどなたですか？ ⇒ いない ・ いる ()

10. その他

屋外歩行 ⇒ ☐ 自立 ☐ 介助があればしている ☐ していない車椅子 ⇒ ☐ 用いていない ☐ 主に自分で操作している ☐ 主に他人が操作している歩行補助具・装具の使用 ⇒ ☐ 用いていない ☐ 屋外で使用 ☐ 屋内で使用

ご記入ありがとうございました。

美唄すずらんクリニック